THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 4 décembre 1848,

Par Ant. ALVES DA SILVA,

né à Funchal (province de Madère).

La fièvre typhoïde est une maladie inflammatoire dans la première période, septicémique dans la seconde. — Son traitement doit être antiphlogistique pour la première période, antiseptique pour la seconde.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis.*

1848

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

	MM.
M. BOUILLAUD, DOYEN.	
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY, Examinateur.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	BLANDIN.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. CHOMEL. BOUILLAUD, Président. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	ROUX. CLOQUET. VELPEAU. LAUGIER.
Clinique d'accouchements	DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU.
BÉCLARD.
BECQUEREL, Examinateur.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX.
DEPAUL.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
FLEURY.
GIRALDÈS, Examinateur.
GOSSELIN.
GRISOLLE.

MM. GUENEAU DE MUSSY.
HARDY.
JARJAVAY.
REGNAULD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VIGLA.
VOILLEMIER.
WURTZ.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A' MEMORIA

DE MEU PAË.

Herdeiro do teu nome, poderei deslustra-lo por falta de intelligencia ou de conhecimentos, mas nunca deshonra-lo por falta de honestidade ou de trabalho.

A MINHA MAË.

AO MEU SEGUNDO PAË.

Ao entrar na vida, senti a vossa mão protectora que fez com que o orfão nunca sentisse a falta do paë que perdêra: criança então, amei-vos como a um paë; homem hoje, amo-vos dobradamente como a um paë e como a um amigo.

La fièvre typhoïde est une maladie inflammatoire dans la première période, septicémique dans la seconde. — Son traitement doit être antiphlogistique pour la première période, antiseptique pour la seconde.

Un travail comme celui-ci ne doit pas être une pensée qu'on développe, mais une pensée que l'on résume.

Le sujet que nous avons choisi, un des plus importants de la pathologie, embrassant les doctrines si compliquées des fièvres, a donné lieu à une révolution féconde en événements et en progrès. Cependant, malgré des travaux d'une immense portée, et malgré la précision toujours croissante des observations, on peut dire qu'il règne encore aujourd'hui une véritable anarchie au point de vue des doctrines comme au point de vue du traitement de la maladie qui nous occupe. Toute doctrine devant être logiquement déduite des faits, ce sont des observations faites au lit des malades qui nous ont amené de fait en fait, de déduction en déduction, à formuler notre opinion dans les deux propositions que nous nous proposons de défendre dans ce travail.

Pinel, voulant remanier toute la médecine et introduire l'ordre dans l'étude des maladies, a cru devoir séparer en deux classes les fièvres et les phlegmasies. Il n'admet dans la première que des « fièvres simples », c'est-à-dire « qui n'offrent dans leur cours qu'un certain ordre de symptômes. » Il rejette les dénominations anciennes de *fièvres inflammatoires*, *bilieuses*, *pituiteuses*, *putrides*, *malignes*, parce qu'elles ont un sens très-vague et très-indéterminé, pour éta-

blir les six ordres suivants : *fièvres angioténiques*, *méningo-gastriques, adéno-méningées, adynamiques, ataxiques*, et *adéno-nerveuses*. Puis il se livre aux réflexions suivantes : « Ces dénominations, fondées sans doute sur certaines apparences extérieures, et sur des signes de quelque *lésion des fonctions,* ne sont nullement destinées à exprimer la *nature intime* des fièvres, objet éternel de vaines discussions et de controverses qu'on doit désormais éviter. »

Tout cet édifice élevé par Pinel, Broussais l'a détruit avec son incontestable talent. Pour lui, toutes les fièvres essentielles se rapportent à la *gastro-entérite* simple ou compliquée.

M. Andral, après avoir rangé les fièvres parmi les phlegmasies, revient sur son opinion pour reconstituer une classe de pyrexies. Nous reviendrons plus tard sur cette opinion de l'illustre professeur.

M. Bouillaud, dans le *Traité clinique et expérimental des fièvres dites essentielles*, publié en 1826, considère la fièvre non plus comme une abstraction, mais comme une inflammation ou simple irritation idiopathique ou sympathique du système sanguin. A cette irritation considérée d'une manière générale, il rattache la fièvre inflammatoire et ses différentes espèces; puis il considère les autres fièvres de Pinel comme ayant leur principe dans des inflammations isolées ou simultanées, simples ou compliquées, des différentes portions du tube digestif.

M. Louis, dans ses *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous les noms de gastro-entérite, fièvre putride, adynamique*, etc., comprend sous le nom d'*affection typhoïde* les fièvres continues de Pinel ; mais dans une seconde édition il change un peu d'opinion, et appelle du nom de *fièvre typhoïde* toutes les fièvres de Pinel, moins l'adéno-nerveuse, c'est-à-dire la peste. Ajoutons aussi que cette doctrine avait été formulée par M. Chomel dans ses *Leçons cliniques*, publiées par M. Genest en 1834, avec cette différence, que M. Louis considère l'altération spéciale des follicules comme le caractère anatomique et condition *sine qua non* de la fièvre typhoïde ; tandis que, pour M. Chomel, cette al-

tération peut manquer dans quelques cas. Pour celui-ci, la fièvre typhoïde comprend toutes les fièvres de Pinel sans exception.

Enfin, M. Bouillaud, dans sa *Nosographie médicale,* s'exprime ainsi : « Les maladies décrites par Pinel sous le titre de *fièvres essentielles continues* ne peuvent pas être absolument séparées des phlegmasies soit simples, soit compliquées d'un élément septique ou typhoïde. » Il n'admet pas que toutes les fièvres puissent être ramenées à une seule et même maladie, puisqu'il ne pourrait le faire sans fouler aux pieds les lois de la logique et les faits journaliers fournis par l'observation clinique exacte. « Quoi! la peste et l'embarras gastrique, une simple fièvre inflammatoire, et un typhus bien caractérisé, constitueraient une seule et même maladie, à laquelle conviendrait une seule et même dénomination, celle de fièvre typhoïde! Assurément une telle alliance de maladies serait un acte de monstruosité nosologique. Que serait-ce donc si nous ajoutions qu'en réduisant ainsi, comme on l'a fait dans un ouvrage récent de clinique, toutes les fièvres essentielles à une seule et même maladie, on assimilait les fièvres intermittentes les plus simples à la peste, au typhus, au choléra-morbus, toutes les maladies qui se trouvent comprises en effet dans la classe des fièvres essentielles de Pinel? »

On le voit bien, le sujet qui nous occupe n'est pas de ceux qu'il est le plus facile de résoudre, et, sans aucun doute, une des causes les plus fortes des dissidences qui règnent aujourd'hui sur la nature et le traitement de la fièvre typhoïde est une faute de précision dans le diagnostic, laquelle est cause qu'on a souvent diagnostiqué et traité des maladies bien différentes comme une même affection ; ce qui explique bien pourquoi des traitements si divers ont été tour à tour préconisés pour la même maladie.

Pour fonder notre opinion sur la nature inflammatoire de la fièvre dite typhoïde, nom que nous ne nous proposons pas de discuter, nous allons d'abord examiner les altérations organiques spéciales qui forment le caractère anatomique de cette maladie : nous verrons,

par la marche que suivent ces altérations quand un traitement énergique ne vient pas s'interposer, comment se fait la transition de la première à la deuxième période, et quelles sont les conditions qui font de la fièvre typhoïde une maladie septique. Nous exposerons ensuite les symptômes que nous avons pris dans l'ensemble des observations qui servent de fondement à notre travail, et dont nous présenterons un résumé quand il s'agira du traitement, et après avoir discuté les rapports qui existent entre les lésions et les symptômes, nous arriverons, à la fin, à la démonstration de la nature inflammatoire de l'affection dite fièvre typhoïde.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les altérations qui caractérisent la fièvre ou entéro-mésentérite sont, les unes constantes, l'inflammation des follicules de l'intestin grêle et des ganglions du mésentère, et celle de la muqueuse intestinale elle-même ; les autres accidentelles, les lésions de la rate, du foie, des centres nerveux, etc. Nous n'étudierons que les premières.

1° *Follicules agminés, plaques de Peyer.* — L'altération des follicules de Peyer parcourt trois périodes.

La *première* est caractérisée par la tuméfaction et la turgescence des follicules agminés, qui se dessinent en saillie, sous forme de plaques elliptiques de quelques millimètres à 1 et 2 centimètres de longueur sur une largeur moindre. A leur surface, des plis s'entrecroisent irrégulièrement et forment des mailles, au milieu desquelles on aperçoit les orifices décolorés des glandes. Il est rare d'observer cet état de tuméfaction simple des follicules ; cependant MM. Chomel et Bouillaud l'ont vu sur des sujets morts au septième jour de la maladie, M. Lefebvre l'a vu chez des individus morts au troisième et au quatrième.

On décrit une autre variété d'altération des plaques de Peyer. On

voit alors une foule de petits points noirs qui marquent l'orifice des glandules, et donnent au follicule un aspect semblable à celui d'une barbe récemment faite. On n'est pas d'accord sur ce genre d'altérations : pour M. Chomel, c'est une variété de l'état normal ; pour M. Andral, il marque la résolution de l'inflammation.

Deuxième période. Les plaques se ramollissent : alors tantôt elles ont l'aspect d'un réseau membraneux percé d'une multitude de petites ouvertures très-rapprochées, et une coloration rouge foncé ou même noirâtre. Cet état constitue la plaque réticulée de M. Chomel.

Tantôt, au contraire, leur surface est grenue, mamelonnée, comme fongueuse, boursouflée, ainsi que le tissu cellulaire sous-muqueux, qui participe à la tuméfaction et au ramollissement. La rougeur et le ramollissement étant deux caractères constants dans ces cas, le nom de *ramollissement rouge* convient parfaitement. Cet état constitue les *plaques molles* de M. Louis.

Dans les plaques dures du même auteur, le tissu cellulaire sous-muqueux est transformé en une matière homogène, sans organisation appréciable, d'une teinte rosée, légèrement friable, de 4 à 7 millimètres d'épaisseur. Ce genre d'altération se rencontrerait surtout vers la valvule iléo-cœcale. M. Bretonneau voit dans cette lésion des plaques un bourbillon furonculeux ; M. Chomel, une matière jaunâtre et homogène ; d'autres, la tuméfaction et l'induration du parenchyme glandulaire ; M. Bouillaud, un état plus ou moins avancé d'*eschares gangréneuses*.

Troisième période. Les ulcérations arrivent tantôt par ramollissement de la muqueuse, tantôt par désorganisation de la plaque elle-même ; mais, le plus souvent, le tissu glandulaire et la membrane muqueuse se ramollissent simultanément. Les ulcérations, plus ou moins nombreuses, sont ordinairement ovalaires, quelquefois arrondies, à bords taillés à pic dans le principe, plus tard irréguliers, frangés, sinueux. Les plus récentes sont rouges, tuméfiées ; les plus anciennes, grisâtres, ardoisées, à bords minces.

Le tissu cellulaire sous-muqueux est rouge, fongueux, ramolli; dans un degré plus avancé, il peut être détruit et laisser les fibres à nu. Si ces fibres viennent à disparaître elles-mêmes, la tunique séreuse reste seule, faible barrière qui ne tarde pas à se rompre; alors on trouve une perforation arrondie, plus souvent une déchirure irrégulière, peu étendue, située au milieu d'une ulcération en plein progrès de cicatrisation.

La gangrène des plaques a été observée par M. Bouillaud, et s'est présentée à lui sous forme d'eschares assez sèches et de détritus putrilagineux.

Il n'est pas rare de trouver, sur le même sujet, les plaques aux diverses périodes d'inflammation que nous venons d'étudier; à mesure que l'on s'approche de la valvule iléo-cœcale, la lésion devient plus grave, et quelquefois des ulcérations nombreuses s'y confondent.

Il y a succession pour la réparation du désordre comme pour sa production; le fond inégal des ulcérations se tapisse d'une muqueuse blanche et lisse d'abord, enfin, en tout semblable à la muqueuse ambiante, de sorte que la maladie ne laisse pas de traces.

2° *Follicules isolés* (dits à tort *glandes de Brunner*). — L'inflammation des follicules isolés parcourt les mêmes phases que celle des follicules de Peyer.

3° *Ganglions mésentériques.* — Quand les plaques sont malades, les ganglions mésentériques correspondants s'enflamment. Dans le premier degré, ils sont tuméfiés, injectés, quelquefois tachés de points rouges ou de petites ecchymoses; ils se ramollissent bientôt et deviennent friables (ramollissement rouge). A une époque plus avancée, la rougeur et l'injection ont disparu pour faire place à une coloration grisâtre, marquée de taches jaunâtres produites par l'infiltration du pus (ramollissement blanc).

L'inflammation dont les ganglions sont le siége suit, en général,

les progrès de la lésion des follicules ; elle augmente et diminue avec elle.

4° *Muqueuse de l'intestin grêle.* — Elle est rouge, injectée, quelquefois parsemée de taches noirâtres, ecchymotiques, et en même temps plus épaisse, surtout au pourtour des plaques, et ramollie. Plus tard, la muqueuse change d'aspect, elle devient grisâtre, livide, ardoisée, en même temps qu'elle s'amincit. Le premier degré constitue le *ramollissement rouge* de M. Bouillaud ; le deuxième degré, le *ramollissement blanc.*

Les matières que l'on rencontre dans l'intestin grêle sont : 1° un liquide jaunâtre ou verdâtre, alcalin, occupant surtout les parties supérieures, et qui n'est autre chose que de la bile ; 2° un mucus épais, jaunâtre ; 3° un liquide sanguinolent, sanieux ; 4° quelquefois des caillots noirs ; toutes ces matières réunies forment, comme le dit M. Bouillaud, un magma brun ou jaunâtre très-fétide ; 5° des matières fécales adhérant souvent aux ulcérations, 6° des amas de lombricoïdes, 7° des gaz fétides.

Telles sont les altérations caractéristiques de l'affection typhoïde ; ce ne sont pas les seules : il est des lésions secondaires sur lesquelles nous ne croyons pas devoir insister, quoique nous considérions les unes comme des complications pures et simples, les autres comme étant, en effet, presque intimement liées à l'entéro-mésentérite typhoïde.

Dans le gros intestin, on trouve les follicules, la muqueuse, altérés comme dans l'intestin grêle.

La muqueuse de l'estomac est colorée en rouge, ramollie ; quelquefois on y rencontre des plaques rouges mamelonnées, enfin de petites ulcérations.

SYMPTÔMES.

Nous ne suivrons nullement ici la fièvre ou entéro-mésentérite

typhoïde dans toutes les variétés d'aspects et de formes qu'elle peut présenter au point de vue symptomatique, ces variétés étant dues le plus souvent à des complications. Nous nous bornerons à offrir le tableau succinct de la maladie telle que nous l'avons observée, en ayant égard surtout à l'ordre de succession des symptômes.

Sous ce rapport, nous établissons deux périodes; mais avant leur description, un mot des prodromes.

L'entéro-mésentérite débute souvent brusquement, au milieu des apparences de la meilleure santé, et ce début est marqué par un frisson plus ou moins violent, avec chaleur considérable et accélération du pouls, puis se montrent quelques douleurs de ventre et des selles liquides.

D'autres fois l'appétit diminue; les malades se plaignent d'une faiblesse qui les étonne, toute espèce d'occupation leur est pénible; ils deviennent d'une apathie remarquable, souffrent de la tête, éprouvent quelques coliques, un peu de diarrhée, et quelquefois des épistaxis.

Première période, ou inflammation proprement dite. — L'affection, une fois développée, s'entoure bientôt d'un cortége de symptômes caractéristiques. La fièvre est *continue*, plus ou moins violente; le pouls, fréquent, donne 100, 110, 120 pulsations par minute et même davantage, assez développé, mais mou, flasque, fluctuant, quelquefois dicrote; la peau est chaude, sèche, mordicante.

La muqueuse buccale est rouge, sèche, ou couverte d'un mucus visqueux; sur les gencives, matière crémeuse ou caséeuse, peu adhérente, sous forme de points isolés ou de plaques plus ou moins larges; la langue, rouge à sa pointe, recouverte à la base d'un enduit blanc ou jaunâtre; la bouche pâteuse, mauvaise, amère; anorexie, soif vive; haleine sans fétidité notable ou aigrelette, nauséabonde, fade; quelquefois, si l'estomac se prend, des nausées ou vomissements. Les matières vomies sont ou les ingesta, ou une quantité variable de mucosité claire et transparente, ou une bile jaune ver-

dâtre. En même temps, développement de l'abdomen, qui est sonore à la percussion ; douleur abdominale nulle ou peu marquée, ou fugitive et passagère, se révélant principalement lorsqu'on presse la région iléo-cœcale, où se produit un gargouillement abondant, diffus, à bulles variables. La diarrhée est la règle, et les selles plus ou moins nombreuses sont séreuses et semblables à de l'eau légèrement teinte en jaune ou en vert, ou elles paraissent formées d'une bile à peu près pure, ou muqueuses ; d'autres fois, mais à une période plus avancée, semblables à une purée d'un brun noirâtre ou d'un gris cendré, ou encore mêlées à une certaine quantité de sang. Les urines sont plus rares et plus foncées ; la rate se congestionne, ce dont on s'assure par la percussion. Souvent les malades toussent, et l'auscultation constate des râles ronflants et sibilants, dus à une bronchite concomitante. La céphalalgie est, en général frontale, tensive ou lancinante ; la physionomie exprime l'abattement ; l'intelligence est un peu obtuse ; les réponses lentes, pénibles ; parfois un peu de divagation dans les idées ; le sommeil pénible, agité, interrompu par des visions, des rêvasseries ; prostration des forces, décubitus dorsal et immobile ; démarche chancelante, inégale ; vertiges, éblouissements, tintements et bourdonnements d'oreilles.

Le caillot de la saignée éprouve un certain retrait, présente une consistance à peu près ou plus que normale, et se couvre assez souvent d'une couenne générale ou partielle. Les rondelles du sang fourni par les ventouses se réunissent en une masse de consistance moyenne, et la sérosité qui les entoure est médiocrement rougie (elle l'est quelquefois à peine). Nous reviendrons tout à l'heure sur l'état du sang dans les périodes où les phénomènes typhoïdes existent à un haut degré.

Quelquefois apparaît de bonne heure une éruption de taches rosées de 1 à 5 millimètres de diamètre, ne formant pas ou peu de saillie, arrondies, disparaissant par la pression, et existant communément sur la peau du ventre, parfois sur celle de la poitrine, très-

rarement sur les membres. C'est l'éruption dite *typhoïde,* qui peut ne se développer que fort tard ou même manquer.

Seconde période, putride ou typhoïde. — La fièvre continue; le pouls reste fréquent, mais devient plus mou, plus flasque, mieux redoublé; la peau reste ordinairement sèche, d'une chaleur âcre et mordicante; lèvres et gencives fuligineuses, ainsi que la langue, qui est fendillée, tremblante; haleine fétide; narines remplies d'une poussière blanchâtre ou noirâtre ; soif vive, intolérable; stupeur profonde; les traits sont immobiles, la prostration extrême; le trouble de l'intelligence s'accroît; le regard des malades est étonné, hébété ; réponses lentes, incertaines, souvent nulles; délire continu ou revenant périodiquement chaque nuit; l'ouïe émoussée, quelquefois surdité complète ; pupilles variables; parole lente, faible, d'autres fois loquacité singulière, cris, agitation continuelle; soubresauts des tendons.

Dans cette période, le sang offre un aspect tout spécial ; le caillot est mou, quelquefois d'une diffluence excessive, sans aucun retrait, la sérosité y restant infiltrée; s'il se forme une couenne partielle, elle est molle, gélatiniforme, infiltrée, analogue à la graisse à peine figée. Cette sorte de ramollissement est caractéristique.

Cependant, la maladie suivant son cours, la diarrhée continue; les selles sont fétides, noirâtres ou sanguinolentes, involontaires, ainsi que les urines, qui prennent une odeur ammoniacale ; le météorisme augmente; la peau se recouvre de sudamina, surtout au voisinage des aines, des aisselles, sur les parties latérales du cou; puis viennent les eschares des parties soumises à la pression d'os superficiels ; quelquefois des abcès sous-cutanés, des érysipèles, des hémorrhagies passives, et des lésions viscérales graves qui amènent la mort.

Maintenant que nous connaissons les lésions de l'intestin et les troubles qu'elles produisent dans l'organisme, tâchons de trouver le

rapport qui existe entre les unes et les autres, pour avoir une idée nette de l'état morbide qui constitue la fièvre dite typhoïde.

Les altérations que présentent les follicules intestinaux sont-elles la cause du mal, ou sont-elles au contraire l'effet d'une maladie qui a sa cause ailleurs?

Les faits présentés par M. Louis dans ses *Recherches* portent à croire que la lésion se montre dès le début. Dans un travail lu à la Société de biologie, auquel nous empruntons beaucoup d'idées émises dans cette thèse, M. Lefebvre, chef de clinique de la Faculté de médecine, présente aussi des faits où la lésion a été constatée au début de la maladie. Cette lésion ne paraît pas être nécessairement accompagnée de fièvre; nous sommes porté à le croire, en admettant comme exacts les faits rapportés par M. Louis.

Si la fièvre n'est pas un élément nécessaire, quoique presque constant, de la maladie, les phénomènes typhoïdes n'accompagnent pas plus invariablement l'altération des follicules intestinaux dans les cas où la lésion est limitée à un petit nombre de follicules, comme le prouvent les faits recueillis par M. Louis, ou alors que l'inflammation est arrêtée de bonne heure.

Un illustre observateur, qui s'est occupé de rechercher les modifications que le sang présente dans les différentes maladies, est arrivé à la conclusion que, contrairement à ce qui se passe dans les maladies phlegmasiques, le sang ne présentait pas dans la fièvre typhoïde une augmentation de fibrine, mais souvent même une diminution dans le chiffre normal de celle-ci.

Par suite de tout travail phlegmasique, dit l'auteur de l'*Hématologie pathologique*, il y a augmentation de fibrine dans le sang; cette augmentation est le résultat du travail phlegmasique local; quelles que soient les conditions où se trouve l'organisme: elle ne précède pas celui-ci (p. 84). Dans la fièvre typhoïde, au contraire, le *travail phlegmasique*, ayant pour siége les follicules intestinaux, ne donne pas lieu à une augmentation de fibrine (p. 91).

Mais ce travail local qui se passe du côté de l'intestin est donc *phlegmasique*, de l'avis même de l'auteur; et en vérité, il présente bien les caractères, la marche et la terminaison de l'inflammation.

Mais tout travail phlegmasique produit une augmentation de fibrine.

Qu'est-ce donc qui empêche cette augmentation dans les fièvres typhoïdes? — C'est la maladie générale qui la domine, laquelle part d'une autre cause (p. 91), cause cachée qui domine l'organisme et dont les effets sont importants à bien étudier, puisqu'à leur tour ils deviennent eux-mêmes causes d'un certain ordre de symptômes, et que par leur siége et par leur nature ils servent à dénommer et à classer la pyrexie (p. 62).

Il nous semble cependant que, sans avoir recours à aucune cause cachée, nous pouvons nous rendre compte des phénomènes qui se passent.

Quand la maladie est accompagnée de mouvement fébrile, ce que nous avons toujours vu, il y a des cas où le sang présente une augmentation de fibrine traduite par la formation d'une couenne à la surface du caillot, ce qui donne à la fièvre dite typhoïde le droit de se ranger parmi les phlegmasies. Si c'était la cause cachée qui empêchait l'augmentation de fibrine d'avoir lieu, elle devait produire le même effet quand des inflammations telles que la pleurésie ou la pneumonie viennent compliquer la maladie.

Mais ce qu'il importe surtout de connaître, ce sont les raisons pour lesquelles la fièvre dite typhoïde ne présente, dans la majorité des cas, dans le sang, des caractères franchement inflammatoires.

M. Lefebvre, en cherchant ces causes, les croit multiples comme les actions moléculaires des organes affectés. « On conçoit en effet, dit-il, qu'en raison du siége de la maladie, les matières liquides ou gazeuses de nature septique qui occupent la partie inférieure de l'iléon sont absorbées et passent dans le sang. Pourquoi, d'ailleurs, ces matières liquides ou gazeuses, introduites dans le système sanguin par la surface de l'intestin, organe où l'absorption est si active.

ne produiraient-elles pas le même effet que leur introduction dans l'économie par une autre voie, celle du poumon, par exemple? On sait que les matières septiques ont pour effet d'empêcher la coagulation de la fibrine et de la rendre inappréciable à l'analyse.

Le contact de ces matières septiques gazeuses ou liquides avec la surface de l'intestin, modifiée par le travail phlegmasique qui s'y passe, est aussi suffisante, comme le pense M. le professeur Bouillaud, pour rendre raison du passage de la première période ou inflammatoire à la seconde ou septicémique, par l'absorption et la résorption des matières déposées ou formées à la surface de l'intestin; transition que l'observation des états morbides présente bien souvent et qui est un phénomène si naturel, qu'on pourrait *a priori* indiquer que tel devrait être le résultat de la maladie.

L'observation des faits nous conduit donc à considérer la fièvre dite typhoïde comme une maladie inflammatoire dans sa première période et septicémique dans la seconde, par suite de la marche naturelle de la lésion intestinale; il importe surtout, pour le traitement, de bien faire la distinction de ces deux périodes, car elles fournissent chacune une induction différente.

Pour la première période, qui est inflammatoire, il est clair que le traitement doit être antiphlogistique. Les faits que nous rapporterons à la fin de ce travail prouveront l'efficacité de ce traitement quand il est convenablement appliqué, c'est-à-dire par l'emploi formulé des saignées. Pour la seconde, quand les phénomènes septicémiques sont bien déclarés, et quand les symptômes indiquent un travail très-avancé du côté des intestins, et une infection générale de l'économie, tout le monde est d'accord que le traitement antiphlogistique est non-seulement impuissant, mais même dangereux, comme favorisant la résorption septique qui s'opère à cette période. Alors il faut avoir recours aux antiseptiques, médication presque toujours insuffisante pour arrêter les progrès d'un mal qui a envahi l'organisme tout entier, et qui marche fatalement malgré le traitement le plus énergique.

Dire que la première période exige un traitement antiphlogistique ne peut pas suffire aux besoins de la science : dans une question aussi importante que celle-ci, il faut bien plus de développements.

Les règles de thérapeutique générale qui doivent guider toute application d'un traitement quelconque sont applicables ici, et nous n'avons pas besoin de les énumérer toutes. Il faut d'abord une grande précision dans le dignostic, non-seulement pour arriver à dénommer la maladie, mais surtout pour bien connaître le point où est arrivée la lésion qui en est cause. Les phénomènes locaux et l'appareil fébrile qui les accompagne donnent en général le degré de gravité de la maladie, et un rapport presque constant existe entre l'étendue de la lésion locale et les symptômes qui se présentent; mais il résulte d'observations authentiques que dans les cas où l'inflammation n'occupe qu'un petit nombre de plaques, elle peut ne produire que quelques troubles généraux et locaux qui n'obligent pas le malade à s'aliter, jusqu'à ce qu'une perforation intestinale se produise avec toutes ses terribles conséquences : ce serait alors trop tard pour prescrire un traitement antiphlogistique quelconque, et on aurait laissé échapper l'occasion favorable où il pouvait prévenir le mal. Or, si la fièvre typhoïde, quand même elle se présente avec une apparence si bénigne, peut avoir une terminaison si funeste, quelles ne doivent être ses conséquences si on ne lui applique pas un traitement énergique quand elle se présente avec des symptômes qui indiquent une étendue et une intensité considérable du travail phlegmasique de l'intestin? Combien de fois, au lieu d'attaquer les premiers symptômes avec toute l'énergie d'un traitement bien réglé, et en se contentant d'une petite saignée, ne laisse-t-on pas à la cause morbifère le temps de détruire l'amélioration qu'une première saignée aurait commencée, et n'est-on pas obligé de soustraire bien plus de sang que ne l'auraient fait deux ou trois saignées qui, appliquées tout à fait au début du mal, l'auraient arrêté dans son cours! En

agissant ainsi, on détruit les chances du traitement d'autant moins énergique qu'il est administré plus tard.

Pour bien formuler l'application des sangsues, il est utile, malgré les objections que l'on a faites, de distinguer, comme le fait chaque jours M. Bouillaud dans son service, les cas qui se présentent en cas *très-graves*, cas *graves*, et cas *moyens*. La gravité des cas n'est pas fournie exclusivement par l'étendue de la lésion, par son degré d'intensité; il faut aussi avoir égard à la force, à l'âge et au sexe des sujets; les complications sont aussi une condition dont on doit tenir compte dans le classement des cas.

Dans les cas très-graves que nous avons observés dans le service de M. Bouillaud, nous ne l'avons jamais vu dépasser le nombre de cinq saignées, dont trois par la phlébotomie, et deux par des ventouses appliquées sur le ventre, dans la région correspondante à la lésion de l'intestin; mais le nombre des saignées ne peut pas être fixé d'avance, c'est l'observation attentive de la marche de la maladie qui doit indiquer au médecin le moment où il faut s'arrêter. Une condition que M. Bouillaud juge indispensable pour le succès du traitement est le rapprochement des émissions sanguines; elles doivent toutes être faites dans les deux ou trois premiers jours, à commencer aussitôt que par l'examen du malade on a reconnu la maladie. La pratique que nous avons vu suivre dans le service de M. Bouillaud est celle-ci :

La première saignée est presqne toujours faite aussitôt après l'entrée du malade, elle est presque toujours prescrite à la visite du soir. Le lendemain, deux nouvelles saignées du bras, une le matin et l'autre le soir, et dans l'intervalle une application de ventouses sur la région sous-ombilicale. Le troisième jour, une nouvelle saignée est exécutée le matin, laquelle est suivie d'une applieation de ventouses. Les doses de sang retiré de la veine sont à chaque fois de 3 ou 4 palettes pour les hommes, et de 3 à 3 $1/2$ pour les femmes; une égale quantité à chaque application de ventouses.

Dans les cas *graves*, M. Bouillaud ne juge presque jamais néces-

saire d'aller si loin ; il s'arrête en général à la troisième ou quatrième saignée. Les doses et les intervalles sont les mêmes que pour les cas très-graves.

Dans les cas moyens, deux ou trois saignées faites dans les deux premiers jours sont suffisantes pour amener une amélioration que les autres moyens adjuvants du traitement antiphlogistique soutiennent et continuent.

Ces moyens accessoires, employés par l'illustre professeur de la Charité, sont une diète rigoureuse, boissons émollientes prises fréquemment, des lavements émollients, et des cataplasmes de graines de lin appliqués sur le ventre.

Nous avons vu des cas où une fièvre typhoïde coïncidait avec un état anémique ou chloro-anémique du sujet malade. Ces cas ne constituent pas pour M. Bouillaud une contre-indication absolue de saigner, à moins que cet état ne soit porté à un degré extrême, car alors le médecin reste désarmé devant la complication qui se présente. Sans pousser aussi loin la pratique des saignées, M. Bouillaud les prescrit à des doses moindres et moins souvent répétées, quand ces cas se présentent ; nous l'avons vu retirer de cette pratique des résultats incontestablement avantageux, auxquels on serait loin de s'attendre.

C'est sous l'influence de ce traitement, aussi énergiquement appliqué, que nous avons vu la fièvre typhoïde suivre une marche que nous n'étions pas habitué de lui voir suivre. Nous avons été frappé de voir la convalescence se déclarer très-promptement, et la maladie marcher vers la guérison sans que le malade présentât cet état d'affaiblissement considérable qu'on a assigné, *a priori*, comme devant être la conséquence de ce mode de traitement.

Pour appuyer toutes les conclusions auxquelles nous sommes arrivé dans le cours de ce travail, il nous reste à faire connaître les observations qui démontrent l'efficacité du traitement antiphlogistique tel que nous l'avons indiqué. Nous allons présenter, comme il convient à la nature de ce travail, un résumé de ces observations, extrait

par nous d'un tableau qu'a bien voulu nous communiquer M. Lefebvre, avec lequel nous avons suivi ces obversations mêmes.

32 cas sont compris dans ces observations; ils ont été observés dans le service de clinique de M. le professeur Bouillaud, depuis le mois d'avril jusqu'au mois d'août de cette année.

Ces 32 cas de fièvre ou entéro-mésentérite typhoïde ont été classés par M. Bouillaud de la manière suivante :

16 cas très-graves, 7 cas graves, et 9 cas moyens.

Sur ces 32 cas, 25 seulement ont pu être traités selon la formule de traitement que nous avons exposée : 7 malades sont arrivés à l'hôpital dans un état si avancé de la maladie, que chez eux on ne pouvait pas songer à ce traitement énergique.

Des 25 cas traités convenablement, il n'a eu qu'un cas de mort.

Des 7 cas non traités, il y a 2 cas de mort : mortalité, 1 : 3 ½.

Du total des cas, la mortalité a été de 3 sur 32 ou 1 : 10 ⅔.

Dans les 25 cas traités, le traitement a pu être commencé chez la plupart dans le premier septénaire et quand les symptômes indiquaient que le travail morbide n'avait pas encore amené l'infection générale de l'organisme.

Pour les 16 cas très-graves, le traitement le plus énergique qui a été employé a été de trois saignées du bras et de deux applications de ventouses sur l'abdomen. Par les saignées du bras, on a retiré 1192 grammes de sang; les ventouses ont fourni 750 grammes; maximum du sang retiré à différentes reprises, 1942 grammes.

Pour les femmes comprises dans ces cas très-graves, le maximum du sang retiré a été de grammes 1562,5 ; 1120 grammes à trois reprises par des saignées du bras, et 442,5 par une application de ventouses sur le ventre.

Sur ces 16 cas très-graves, il y a eu 3 morts, un homme et deux femmes. L'homme qui a succombé est entré avec les symptômes de la deuxième période bien confirmés; le traitement antiphlogistique n'a

pu être employé chez lui. Une des femmes mortes, quoique dans un état avancé de la maladie, a cependant été traitée avec quelque énergie; la maladie s'est compliquée de pneumonie et a enlevé la malade.

Le traitement, énergiquement appliqué selon les prescriptions de M. Bouillaud, a donc triomphé de 25 cas, à l'exception d'un seul.

Pour les hommes, la durée moyenne de la maladie, depuis le commencement de l'application du traitement jusqu'à la convalescence, a été, pour les cas très-graves, de sept jours; pour les cas graves, chez les malades entrés à la première période, de cinq $1/4$ jours, et pour les cas moyens, de deux $2/3$ jours.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Exposer les phénomènes du choc dans une sphère creuse élastique; application aux fractures du crâne.

Chimie. — Du phosphate de chaux.

Pharmacie. — Des principes actifs des plantes que l'eau dissout, et de ceux dont elle ne peut se charger. Une plante ou une partie de plante étant donnée, quelle peut être l'influence du procédé opératoire sur la nature des matières qui entrent en dissolution?

Histoire naturelle. — Des substances contenues dans le tissu utriculaire des végétaux.

Anatomie. — Des enveloppes du testicule.

Physiologie. — Des principales théories sur la formation de la voix.

Pathologie externe. — Des déplacements de l'utérus.

Pathologie interne. — De la congestion cérébrale et de la syncope.

Pathologie générale. — Des altérations de composition que l'urine peut éprouver dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Des tubercules.

Accouchements. — Des vices de conformation du bassin.

Thérapeutique. — Des cas dans lesquels le nitrate d'argent est employé dans la thérapeutique médicale.

Médecine opératoire. — Du traitement des polypes utérins.

Médecine légale. — De la monomanie homicide.

Hygiène. — Des émanations en général sous le rapport de l'hygiène.